

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 115

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE
APRÈS LA ROUGEOLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juin 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raphaël-Joseph LAUGIER

Né le 19 Mars 1881, à Tourette-sur-Loup (Alpes-Maritimes)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1907



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907. — N° 115

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE

APRÈS LA ROUGEOLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juin 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raphaël-Joseph LAUGIER

Né le 19 Mars 1881, à Tourette-sur-Loup (Alpes-Maritimes).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique	X.
Parasitologie	HUGOUNENQ
Anatomie.	SAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE,
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire.	TEISSIER
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET
Médecine légale	TRIPRIER
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie.	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	SOULIER
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative.	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale.	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique	ANCEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch...
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	PLAUCHU, Ch...
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BERARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, *Président*; CHATIN *Assesseur*
MM. NEVEU-LEMAIRE et MOREL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A Mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

INTRODUCTION

Durant notre stage à la Clinique infantile de M. le professeur Weill, en mars 1906, il nous a été permis de suivre de près l'évolution d'un cas mortel de conjonctivite diphtérique chez un enfant relevant de rougeole.

Notre Maître attira alors notre attention sur la gravité de cette affection et le peu d'efficacité du traitement par le sérum antidiphtérique, dans ces cas de diphtérie oculaire secondaires à la rougeole. C'est l'opinion que l'on doit avoir d'après les observations inédites de la clinique, que nous publions plus loin.

Or les auteurs qui, ces dernières années, se sont occupés du traitement de la conjonctivite diphtérique par le sérum de Roux, sans se préoccuper des cas où cette maladie est primitive ou secondaire, sont très satisfaits des résultats obtenus par cette médication.

Le professeur Coppez, de Bruxelles, émerveillé des premiers résultats obtenus par le sérum antidiphtérique dans les conjonctivites pseudo-membraneuses, écrit en 1895 : « Sous l'effet de l'injection de sérum, les fausses membranes fondent comme la neige aux rayons du soleil. »

Le professeur Gayet, de Lyon, publie la même année un cas grave de conjonctivite diphtérique avec infiltration profonde de la conjonctive, chez un enfant de seize mois, où le sérum de Roux fit cesser rapidement le processus pseudo-membraneux et la guérison complète obtenue en neuf jours.

Le Dr Morax écrivait à la même époque : « Grâce au sérum, la conjonctivite diphtérique est devenue une affection oculaire des plus bénignes et des plus faciles à traiter, à condition toutefois qu'on sache la reconnaître. »

D'autres auteurs, Darracq, Nimier, Dugast, reconnaissent bien qu'il y a des cas où le sérum antidiphtérique n'a pas toujours donné une guérison complète ; ils attribuent ces échecs aux associations microbiennes qui viennent compliquer la diphtérie conjonctivale.

Dans une de nos observations, où le bacille de Lœffler a toujours été le seul agent pathogène rencontré sur la conjonctive et où les doses de sérum employées ont été bien supérieures à celles qu'injectaient ces auteurs, l'œil n'en a pas moins été irrémédiablement perdu.

En présence de tous ces faits, nous nous sommes demandé si ce n'était pas la rougeole qui venait aggraver le pronostic de la conjonctivite diphtérique. Si l'échec de la médication sérothérapique dans nos observations n'était pas dû à l'intoxication profonde de l'organisme par les deux affections, rubéolique d'abord, diphtérique ensuite, qui le mettaient dans l'impossibilité de réagir.

Notre Maître nous confia le soin de faire des recher-

ches, d'étudier de près la question, et de voir ce que nous avons le droit de conclure d'après l'observation exacte des faits.

Nous avons réuni dans ce travail toutes les observations de conjonctivite diphtérique après la rougeole que nous avons trouvées; nous allons comparer leur évolution à celle des conjonctivites primitives, et nous étudierons les résultats obtenus par la sérothérapie antidiphtérique dans ces différents cas.

Mais avant d'entreprendre notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Weill du grand honneur qu'il nous a fait en nous en confiant l'exécution.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE
APRÈS LA ROUGEOLE

CHAPITRE PREMIER

Jusqu'à la découverte du bacille de Loeffler, on décrivait deux sortes de conjonctivites pseudo-membraneuses :

1° La *forme croupale*¹ décrite par Bouisson, de Montpellier, caractérisée par l'apparition à la surface de la conjonctive, d'une fausse membrane mince, opaline, facile à arracher et laissant, après son ablation, une muqueuse à peu près normale, villeuse, saignante ;

2° La *forme diphtérique vraie*, de de Graefe, se présentant sous l'aspect d'une infiltration profonde, totale de la conjonctive, qui se montre alors comme une couenne dure, épaisse, exsangue, jaune, semée de points ecchymotiques. Il n'existe ici que rarement de fausse membrane isolable.

¹ Il faut entendre ici le mot « croupale » dans son sens allemand, où il sert à désigner toute exsudation qui apparaît à la surface du corps, et n'implique aucune idée de diphtérie.

Ces deux sortes de conjonctivites semblaient deux maladies absolument distinctes et, à la bénignité de la première, qui guérissait le plus souvent sans troubles cornéens, on opposait la gravité de la seconde, qui se compliquait presque toujours d'ulcérations de la cornée, avec leucome indélébile dans les cas moins défavorables, avec perte de la vision dans les cas plus graves et pouvait même amener la mort par intoxication de tout l'organisme.

Des observations de Alder et de Ewetzky montrèrent l'existence des formes de transition entre la conjonctivite croupale et la conjonctivite diphtérique et de Wecker disait en 1880, dans son *Traité d'ophtalmologie* : « le croup peut, sur les paupières, se transformer peu à peu en diphtérie ».

Bouisson, Older, Venneman, avaient aussi rapporté des cas où une conjonctivite croupale avait engendré, sur d'autres points de l'organisme, et particulièrement au pharynx, des complications diphtériques.

La nature de la conjonctivite pseudo-membraneuse ne fut toutefois solidement établie qu'après la découverte du bacille de Lœffler, en 1884.

Les observations de Uthoff et Frænkel, les travaux de Sourdille, le mémoire de Coppez, ont nettement établi que la conjonctivite croupale et la conjonctivite diphtérique sont de même nature et dues à l'envahissement de la conjonctive par le bacille de Lœffler.

Sourdille décrit actuellement trois formes de conjonctivites à bacilles de Lœffler :

1^o Une forme pseudo-membraneuse superficielle, ancienne conjonctivite croupale ;

2° Une forme pseudo-membraneuse interstitielle, conjonctivité diphthérique des anciens auteurs.

Il admet entre ces deux variétés des formes de transition ;

3° Une conjonctivité diphthérique purement catarrhale.

Comment évoluent ces différentes formes de conjonctivites lorsqu'elles sont primitives ?

La *forme croupale* débute par un catarrhe de la conjonctive, quand la fausse membrane est formée, les paupières sont légèrement œdématiées, la sécrétion conjonctivale citrine se coagule facilement. La face interne des paupières est recouverte d'une membrane opaline, puis grisâtre, lisse, luisante. En général, la fausse membrane reste limitée à la conjonctive palpébrale et n'envahit pas la conjonctive bulbaire.

Cette fausse membrane est peu adhérente et s'arrache par lambeaux, parfois même elle se décortique en totalité. Au-dessous, la conjonctive est très rouge et saigne facilement.

La maladie dure de trois à six jours, quand elle n'évolue pas vers la forme interstitielle.

Pendant toute la durée de la maladie, les signes généraux sont peu accusés : c'est à peine si on constate un peu de fièvre et d'inappétence.

Malgré cette bénignité apparente, on peut voir survenir des complications cornéennes plus ou moins précoces et plus ou moins graves.

Le début de la « *forme interstitielle* » peut être une période croupale, ou bien elle éclate d'emblée et entre immédiatement dans le stade d'infiltration.

Les paupières sont gonflées, tendues, œdémateuses. Leur épaisseur atteint souvent 1 centimètre, et elles présentent une dureté cartilagineuse qui met un obstacle considérable à leur renversement.

La conjonctive palpébrale, considérablement épaissie est gris jaunâtre, lardacée, exsangue. Il n'existe pas en général de fausse membrane isolable. La conjonctive bulbaire est presque toujours envahie secondairement.

Les signes généraux sont très accusés; la fièvre oscille entre 38 et 39 degrés; l'appétit et le sommeil disparaissent, le malade maigrit.

Cette période dure de trois à huit jours. Si la cornée est perforée, comme il arrive trop souvent, le tableau est navrant : on voit, au fond du cloaque formé par les bourrelets palpébraux, l'œil, réduit à un informe moignon, se mouvoir au fond d'une sanie infecte (Sourdille).

La « *forme catarrhale* » évolue comme une conjonctivite vulgaire, c'est l'examen microscopique seul, en décelant le Loeffler, qui permet de faire le diagnostic.

Cette forme peut se rencontrer même après la rougeole.

De Grafe, en 1854, rapporte quarante cas de diphtérie oculaire. Il les a observés sous forme de petites épidémies et il dit que c'est une maladie contagieuse et liée à l'éruption dentaire. Sur ces 40 cas, il n'y a que 3 décès, mais les accidents graves du côté de la cornée sont fréquents.

Il recommande comme traitement, le lait en instillation dans l'œil, des sangsues à la région temporale et des purgations fréquentes.

Chassaignac, en 1856, nous dit qu'il a guéri, chez des

enfants, 8 cas de conjonctivites à fausses membranes par les irrigations froides.

Ces deux auteurs ont surtout observé des conjonctivites primitives et superficielles ; mais à la même époque Magne en France, Gibert à Genève, nous disent qu'ils ont eu l'occasion d'observer « un genre d'ophtalmie presque inconnu en France, dont il n'est fait mention dans aucun de nos traités d'ophtalmie ancien ou récent ». C'est une affection très grave, disaient-ils, et la perte de la vue suit irrévocablement. Sur trois observations, en effet, que rapporte Gibert, deux sont des cas de conjonctivite diphtérique après la rougeole.

Après eux, tous les auteurs qui observent la conjonctivite diphtérique après la rougeole, portent un pronostic grave. Wecker, Raynaud, élève de Giraudeau, Follin et Duplay, Sanné, nous disent que la conjonctivite diphtérique se présentant à la suite ou pendant la défervescence des maladies éruptives, comporte un pronostic local et général redoutable.

En 1894, après les premiers essais de sérothérapie oculaire on s'occupe moins de savoir si la maladie est primitive ou secondaire, Sourdille, Nimier, Darracq, Coppez, cherchent la cause de leurs succès par le sérum antidiphtérique dans les associations microbiennes qui accompagnent le Loeffler sur la conjonctive. Nous avons revu les observations des thèses de Nimier et de Darracq, et nous avons constaté que là où le sérum échouait il y avait souvent la rougeole comme maladie primitive.

En 1895, paraît la statistique générale des cas de

diphthérie oculaire traités par le sérum par Coppez et Funck. Sur 7 cas il y en a 4 de conjonctivite pseudo-membraneuse interstitielle primitive avec guérison rapide. Dans un autre cas il y a eu perforation de la cornée, mais disparition rapide des fausses membranes et du Loeffler.

Kossel rapporte 104 cas guéris à la suite d'injections ; il a observé les fausses membranes 72 fois se détacher dans les quatre jours qui suivaient l'injection.

Le sérum, nous dit Darracq, amène la guérison en dissolvant les fausses membranes qui sont la cause de l'irritation cornéenne.

Grâce au sérum, nous dit le même auteur, nous considérons les conjonctivites à bacilles de Loeffler comme tout à fait bénignes.

Il faut croire que dans les 104 cas que rapporte Kossel, il y en a beaucoup qui ont trait à des conjonctivites superficielles qui guérissaient bien même avant l'emploi du sérum.

Toutefois des observations de Gayet, de Jessep, de Morat, de Nimier, de Darracq, sont des cas indubitables de diphtérie interstitielle grave et le sérum a donné de bons résultats, en ne dépassant pas, souvent, la dose de 20 centimètres cubes.

Dans les conjonctivites diphtériques primitives, même dans les formes interstitielles, le sérum anti-diphtérique employé de bonne heure amène la guérison dans la grande majorité des cas, quand c'est le bacille de Loeffler qui est l'agent pathogène des fausses membranes. Telle est l'opinion de Coppez, Sourdille, Nimier, Darracq.

Il n'en est plus de même quand la conjonctivite diphtérique évolue, sur un sujet déjà atteint par l'infection morbillieuse, et l'examen des observations que nous publions va nous montrer combien est grave l'affection et précaire le traitement en pareil cas.

OBSERVATION I (inédite).

Clinique infantile de M. le professeur Weill.
(Lyon, hôpital de la Charité). Mars 1906.

Albert M..., un an et demi. Parents bien portants. Une sœur du petit malade a présenté une éruption de rougeole, le 19 février 1906. Soignée chez elle, cette rougeole a évolué sans incident. Son frère a contracté également la rougeole. L'éruption a apparu le 22 février.

Sept jours après l'éruption, il a présenté de la laryngite et le 2 mars on l'a amené à la Charité où on a dû le tuber.

Le petit malade, né à terme, a été nourri au sein par sa mère jusqu'à treize mois. Il a eu sa première dent à quatre mois, a marché à neuf mois. Il a eu la varicelle au mois d'octobre 1905 et en même temps une entérite qui a bien guéri.

Il est malade depuis le 25 février. Ce jour-là l'enfant qui présentait depuis quelques jours un coryza et de la toux, se plaint de céphalée et son éruption apparaît dans la nuit du 25 au 26 février. Cette éruption a évolué normalement. Mais à partir du 1^{er} mars, ses yeux qui avaient été toujours très larmoyants se sont gonflés et sont restés fermés.

3 mars. — On l'envoie à la Charité. A son entrée, on ne trouve que des traces de macules rubéoliques très pâles, presque complètement effacées sur la face, le tronc et les

membres. Les paupières sont très tuméfiées, elles ont la grosseur d'un œuf de poule. Des applications d'eau bori-quée chaude permettent de les entrouvrir au bout de deux heures. Il s'écoule alors des deux côtés plusieurs gouttes d'un pus très épais. Les conjonctives palpébrales et bul-baires des deux côtés apparaissent recouvertes d'une couche blanchâtre qui couvre toute leur étendue. Au second lavage, une petite membrane s'est détachée mais s'est reformée rapidement.

On aperçoit dans la narine droite, sur la muqueuse de la partie externe, une membrane blanchâtre qui ne gagne pas la cloison.

L'enfant ne tousse pas, l'auscultation des poumons est négative.

L'examen de la gorge montre une rougeur diffuse avec de grosses amygdales.

Cœur : 140 pulsations.

Réflexes cutanés et tendineux normaux.

Température : 38,8.

Urine : pas d'albumine.

4 mars. — Ensemencement de trois tubes de culture ; deux pour les yeux, un pour le nez.

Après quinze heures, petite colonie dans chaque tube. Examen microscopique : Bacille de Lœffler.

L'examen microscopique après étalement de quelques parcelles de fausses membranes, n'a pas révélé de bacilles de Loeffler.

4 mars. — Traitement : Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

Température : 39°3.

A 8 heures du matin, on instille dans chaque œil une goutte de sérum antidiphthérique et du jus de citron.

A 11 heures du matin : lavages avec trois litres d'eau bouillie additionnée de trois quarts de verre d'eau de chaux. Après le lavage, une goutte de bleu de méthylène de la solution à 0,01 pour 10.

A 1 heure : une goutte de bleu de méthylène.

A 3 heures, on recommence le cycle avec le sérum et le jus de citron.

5 mars. — Température : $40^{\circ}2$. Même traitement local. Injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

6 mars. — Température : $39^{\circ}5$. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

8 mars. — Température : $39^{\circ}2$. M. Dubreuil, assistant de M. le professeur Rollet, voit le petit malade et fait une injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène. On supprime le traitement précédent.

10 mars. — Température : 39° . Les paupières sont beaucoup moins tuméfiées. La douleur est toujours violente quand on essaye de les retourner. Sur chaque conjonctive bulbaire on voit aujourd'hui une membrane blanchâtre opaque, recouvrant toute la conjonctive, soulevée et flottante au moment des lavages. La cornée est grise, infiltrée, ne permet pas de voir l'iris, on voit des points ramollis et on sent que la perforation est imminente.

13 mars. — Température : 40° . Les deux cornées sont entièrement détruites. Au moment d'un lavage il est tombé de chaque œil un débris membraneux de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Le globe oculaire est noir et en voie d'atrophie.

14 mars. — Après une nuit assez calme, l'enfant a présenté ce matin, à 6 heures et demi, du refroidissement avec cyanose des extrémités. Enveloppé dans des linges chauds, il s'est un peu réchauffé, mais a présenté une crise de raideur musculaire qui a duré environ une demi-heure et s'est accompagnée d'efforts de vomissements. Il est mort à 9 heures, sans convulsions, avec de la cyanose généralisée.

La température qui était de $39^{\circ}3$ hier soir, était tombée ce matin à 37° .

15 mars. — *Autopsie* : Poumon gauche : noyaux broncho-pneumoniques à la base, avec quelques adhérences de la

plèvre pariétale à ce niveau; les bronchioles sont remplies de pus; les lésions broncho-pneumoniques ne dépassent pas la moitié inférieure du poumon. Dans tout le reste de l'organe, emphysème notable.

Poumon droit : Congestion très intense à la base, sans broncho-pneumonie véritable; la coloration lie de vin est prononcée, le parenchyme pulmonaire est gorgé de sang; l'emphysème est moins prononcé que du côté gauche.

Pas de ganglions trachéo-bronchiques. Rien au larynx, ni dans la trachée, ainsi que dans les grosses bronches.

Le cœur ne présente pas de lésions macroscopiques, le myocarde présente une coloration normale.

Le foie est volumineux, très pâle, présente des zones de dégénérescence décolorées, où tranchent les veines sus-hépatiques, rappelant un peu le foie muscade.

Rate : Coloration très cyanique.

Reins : Décoloration à peu près complète de la substance corticale. Pas d'autres lésions macroscopiques.

Cerveau : Le réseau de la pie-mère se détache très nettement, les veines sont gorgées de sang. Pas de méningite.

Rien à l'intestin.

Les yeux présentent une destruction de leurs milieux. La cornée a disparu, il n'y a pas de cristallin ni d'humeur vitrée.

OBSERVATION II (inédite).

Service de la Clinique infantile de M. le professeur Weill
(Lyon, hôpital de la Charité, mai 1904).

Joanny B..., deux ans. Parents bien portants. Un frère en bonne santé qui eut la rougeole il y a un mois. L'enfant a eu une bronchite il y a dix mois, qui a bien guéri. Il est porteur d'une hernie.

La maladie actuelle a commencé le 16 mai par un coryza,

des vomissements, de la diarrhée; il eut deux épistaxis, le premier assez abondant.

L'éruption est sortie le 21 mai; à ce moment, l'œil gauche devient rouge et larmoyant. L'éruption rubéolique disparaît le 24 mai, mais les paupières gauches sont très tuméfiées.

28 mai. — On montre le petit malade au professeur Gayet qui diagnostique une conjonctivite diphtérique et l'envoie à la Charité.

A ce moment, l'œil gauche est volumineux comme la moitié d'un œuf de poule. Les paupières, très œdématiées, se laissent écarter difficilement et sont recouvertes de fausses membranes, la conjonctive palpébrale comme la conjonctive bulbaire; la cornée est trouble.

On fait une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Une culture des fausses membranes décèle des bacilles de Lœffler.

31 mai. — L'état général est stationnaire. L'œdème des paupières a un peu diminué; elles sont toujours très douloureuses au toucher, les conjonctives sont recouvertes de fausses membranes.

T = 37°4. La nuit a été agitée, l'enfant tousse beaucoup et se plaint constamment; pas de diarrhée, selles normales.

La langue est saburrale, les piliers et le voile du palais sont rouges, les amygdales tuméfiées, sans fausses membranes.

Aux poumons, on constate de nombreux râles de bronchite disséminée. Il n'y a pas de tirage.

On fait une injection de sérum antidiphtérique; quelques heures après, on constate une rougeur érythémateuse de la peau au niveau de l'injection.

3 juin. — Le Dr Jacquou examine l'œil qui est complètement détruit et transformé en un moignon recouvert de fausses membranes. L'énucléation semble être le trai-

tement le plus rationnel. Comme l'énucléation ne peut être pratiquée de suite, on injecte de nouveau 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

12 juin. — M. le Dr Viannay pratique l'énucléation de ce qui reste de l'œil malade. T. = 38°,8. L'enfant va mieux et demande à manger.

18 juin. — Deux jours après l'opération on a constaté, avec un retour du chémosis inflammatoire, la présence de fausses membranes adhérentes à la conjonctive, très denses, de coloration jaune grisâtre et laissant écouler du sang quand on entr'ouvre les paupières.

On a fait au malade des instillations quotidiennes de III gouttes de sérum antidiphtérique sur la conjonctive palpébrale. On a pratiqué des lavages avec le sérum physiologique, deux fois par jour, jusqu'à hier; l'état local ne faisant qu'empirer, les fausses membranes augmentant en étendue et en épaisseur, M. Dubreuil, assistant de M. le professeur Rollet, a conseillé des instillations d'un collyre au bleu de méthylène à 1 centigramme pour 8 grammes d'eau, toutes les trois heures et un lavage par jour au sérum.

15 juin. — On a fait une culture qui a donné des colonies extrêmement sèches de bacilles diphtériques courts. Le bacille diphtérique était pur. L'autre œil est sain.

1^{er} juillet. — Culture faite avec le raclage du fond de la cavité orbitaire; encore des bacilles nombreux de diphtérie pure.

11 juillet. — Nouvelle culture dans les mêmes conditions: bacilles de Loeffler courts et purs.

20 août. — Une culture faite avec le raclage du fond de la cavité orbitaire ne révèle plus de Loeffler.

25 août. — Depuis huit jours on a administré, l'injection de sérum antidiphtérique supprimée, le protargol en instillations *largam manu*. Le malade va très bien.

L'œil gauche est cicatrisé; le matin, on remarque seulement un peu de sécrétion d'un liquide séro-purulent.

L'œil droit est intact.

OBSERVATION III

Clinique infantile de M. le professeur Weill
(Lyon, La Charité, juillet 1906).

Marcel D..., âgé de un an et demi.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants.

Le petit malade a deux sœurs plus âgées en bonne santé.

Antécédents personnels. — Nourri au sein par sa mère. A marché à un an. Premières dents à un an; a eu du muguet à ce moment, et la coqueluche bénigne il y a six mois.

Il a été soigné pour une pneumonie à la crèche Saint-Ferdinand du 26 juin au 17 juillet; il part guéri.

18 juillet. — L'enfant présente de petits boutons rouges sur la figure, il a de la fièvre et de l'agitation.

19 juillet. — L'éruption s'est généralisée.

21 juillet. — L'enfant ayant beaucoup toussé la nuit précédente, la mère le ramène à la Charité.

On constate à ce moment une éruption typique de rougeole, généralisée, bien nette, surtout sur le tronc et les membres, commençant à pâlir sur la face.

Il a de la conjonctivite et de la blépharite.

Rien de particulier au pharynx.

On constate dans la partie moyenne du poumon gauche un foyer de râles sous-crépitaux fins; dans le poumon droit quelques ronchus.

La température est de 38°,4 à l'entrée. On fait une injection de 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

22 juillet. — La température est montée le soir à 39°,5. En nettoyant les paupières de l'enfant, on détache de véritables fausses membranes qui s'enlèvent facilement. On fait une culture de ces fausses membranes.

23 juillet. — On trouve des bacilles de Loeffler en abondance dans la culture de la veille. L'œdème des paupières et le chémosis sont considérables des deux côtés.

On fait une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique et, quatre fois dans la journée, on instille dans chaque œil V gouttes d'une solution de bleu de méthylène à 1 centigramme pour 10 grammes d'eau.

24 juillet. — On renouvelle l'injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique, et on instille III gouttes du même sérum dans chaque œil.

25 juillet. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Compresses froides sur les paupières.

26 juillet. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Les 26 et 27 juillet, on injecte sous la conjonctive bulbaire de chaque œil quelques gouttes de sérum antidiphthérique.

27 juillet. — L'œil droit, malgré le sérum en instillations, en injections sous-conjonctivales renouvelées 3 fois, le bleu de méthylène, est considéré comme perdu. — L'œil gauche, qui n'a reçu que deux injections sous-conjonctivales, est gravement atteint, dans sa partie inférieure surtout.

La température est montée ce matin à 39° 2. On constate sur la figure et les fesses quelques éléments de varicelle.

29 juillet. — M. Moreau, chef de clinique ophtalmologique, a fait de nouveau ce matin trois injections sous-conjonctivales de sérum antidiphthérique. — On continue toujours le traitement institué dès le début, c'est-à-dire lavage toutes les trois heures suivis d'instillation de 2 gouttes de bleu de méthylène à 1/100. Une instillation de 3 gouttes de sérum antidiphthérique.

Température 39°.

30 juillet. — La cornée de l'œil droit est largement perforée et a livré passage au cristallin et à l'humeur vitrée. La cornée gauche est totalement infiltrée et on sent la perforation imminente.

2 août. — L'œil gauche est dans le même état que le droit. L'enfant ne s'alimente pas, son état général est mauvais. La température oscille entre 38° 5 et 39°.

6 août. — On incise un abcès de l'aîne droite.

8 août. — M. Moreau déclare que tout traitement oculaire est inutile, et se borne à faire une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

18 août. — L'état général est peu satisfaisant, le malade pousse des cris continuellement, on doit faire usage du chloral pour le calmer.

L'enfant meurt le 9 septembre dans le coma.

OBSERVATION IV (inédite)

Clinique Infantile de M. le Prof. Weill
(Lyon, La Charité. Août 1906).

Alfred M... quatre ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a quatre ans de paralysie ? (il avait trente-sept ans).

Mère bien portante.

Un garçon de sept ans en bonne santé.

Antécédents personnels. — Nourri au biberon en nourrice. A marché à un an et demi. La mère ne l'a pris avec elle qu'il y a trois mois. L'enfant s'est toujours bien porté.

Le samedi 4 août 1906, l'enfant s'est plaint de la tête, il avait de la fièvre et présentait du catarrhe oculo-nasal. Les jours suivants il se met à tousser.

Le 8 août, éruption de rougeole débutant par la face, et le 9, la mère l'amène à la Charité. On constate à ce moment une éruption typique de rougeole généralisée. Enanthème du voile du palais. Pas de koplick. Langue sale. Rien aux amygdales. Abdomen souple. Rien au foie ni à la rate.

Aux poumons, on constate des deux côtés en arrière et du haut en bas, ainsi qu'à droite en avant, de nombreux râles sous-crépitaux. La température est de 39° 5.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

On fait une injection préventive de 5 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

10 août. — On constate le soir un léger œdème de la paupière gauche.

11 août. — Ce matin, l'œdème de la paupière gauche est énorme. On trouve sur la conjonctive, des fausses membranes. On pratique immédiatement une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. On instille 3 gouttes du même sérum dans l'œil, et on institue le traitement suivant : lavage de l'œil toutes les trois heures, suivi de l'instillation de 2 gouttes de bleu de méthylène de la solution à 1/100. La température est de 39°. On fait une culture des fausses membranes oculaires, et comme le petit malade a aussi du coryza purulent de la narine gauche, on fait une culture de ce pus.

12 août. — On a trouvé du bacille de Lœffler dans les deux tubes ensemencés.

On fait une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique, et on continue le traitement institué la veille. La température est à 38° 7.

13 août. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. On remplace le bleu de méthylène par une solution d'argyrol à 3/10, et on en instille 2 gouttes toutes les trois heures après le lavage. Détachées à chaque lavage, les fausses membranes se reforment très vite, le chémosis augmente, la cornée s'opacifie.

17 août. — La cornée gauche s'est perforée largement la veille et l'œil s'est vidé. On continue toutefois les lavages toutes les trois heures. La température est de 39°. L'enfant est très déprimé, il s'alimente peu et boit peu.

21 août. — L'enfant a eu le soir une syncope qui dura un quart d'heure. On a dû lui faire une injection d'huile camphrée et le maintenir au lit.

22 août. — La syncope d'hier s'est reproduite, bien que moins intense. L'état général est peu satisfaisant. On lui fait prendre une potion de 0,15 centigrammes de poudre de feuille de digitale.

23 août. — La nuit a été très mauvaise. Le malade se

salit sans demander. L'enfant ne répond pas aux questions et se contente d'ouvrir l'œil faiblement, pour retomber bientôt dans un état de somnolence.

24 août. — Le malade est dans un état de demi-conscience ; il grince des dents constamment. Il a 40 respirations à la minute, un peu dyspnéiques. Le pouls est inégal à 260.

25 août. — Même état que la veille ; de plus, l'enfant se plaint du ventre ; l'œil est égaré, hagard.

28 août. — Le malade est cachectique. Il se couche dans les positions les plus bizarres ; le plus souvent il est en travers de son lit. La somnolence persiste. Diarrhée intense. Incontinence d'urine, perte des matières. L'œil est toujours égaré, le pouls très inégal. La température est de 39°.

1^{er} septembre. — La cachexie s'accroît. L'œil est atone, vague, ne se fixant pas. Le pouls est inégal et presque insensible. Les extrémités se refroidissent.

L'enfant meurt dans l'après-midi du 2 septembre. La température était montée le matin à 40° 9.

OBSERVATION V (inédite)

due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Collet, médecin des hôpitaux, et prise par M. Donneau, externe des hôpitaux. (Avril 1907.)

Marie R..., trois ans.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Le père a une angine depuis dimanche 14 avril 1907. Une sœur jumelle de la petite malade a eu la rougeole il y a quinze jours.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein par sa mère, a marché à un an, s'est toujours bien portée.

Vendredi 12 avril 1907. — La petite malade a un catarrhe oculo-nasal intense et une toux légère.

Le 14 au matin, début de l'éruption rubéolique par la face. Le soir, l'éruption se généralise et dure jusqu'au 16 au soir.

18 avril. — La petite malade est reçue à la Charité dans le service de M. Collet. L'éruption rubéolique persiste sous forme de papules clairsemées, de teinte peu accusée, sur la face de flexion des bras et à la partie interne des cuisses.

Depuis le 18 au matin, la malade présente un coryza intense, muco-purulent, sanieux, d'odeur fétide.

Au réveil, les paupières de l'œil droit sont tendues, gonflées, laissant s'écouler un liquide séro-purulent quand on essaye de les ouvrir. Les paupières écartées on aperçoit des fausses membranes qui se détachent assez facilement et laissent la conjonctive saignante. On trouve de ces fausses membranes sur les conjonctives bulbaire et tarsiennne.

L'œil gauche n'a que du catarrhe conjonctival ; les paupières sont peu œdématisées et on ne trouve pas de fausses membranes.

La malade, qui est entrée à l'hôpital le 18, à deux heures et demie, a été tubée à six heures, présentant alors un tirage intense. Ce tubage est suivi d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiptérique de Roux.

L'œil droit est lavé toutes les trois heures, suivi d'une instillation de trois gouttes de la solution de bleu de méthylène à 1/100.

On fait des cultures du pus du nez, des fausses membranes oculaires et de la gorge. Seule, la culture du pus nasal est positive sur la présence du Lœffler.

19 avril. — Plus de fausses membranes sur l'œil droit, mais les conjonctives sont très infiltrées et la cornée plus terne que la veille. Les paupières gauches s'œdématisent à leur tour fortement et on voit des fausses membranes sur les deux conjonctives. Ces membranes se détachent au moment des lavages.

On renouvelle les cultures des trois milieux précédents et elles sont toutes positives sur la présence du Lœffler.

La température est à 39° et l'état général paraît assez satisfaisant.

20 avril. — Les fausses membranes ont totalement disparu. Les paupières sont toujours très œdématiées ; les conjonctives des deux yeux sont grises, très infiltrées, les cornées opaques.

Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiph-térique. Instillation de quelques gouttes du même sérum dans les deux yeux. Le traitement local, institué il y a deux jours, est continué sur les conseils de M. Moreau, chef de clinique ophtalmologique.

21 avril. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiph-térique.

22 avril. — L'état des yeux est très précaire ; il n'y a plus de fausses membranes, mais la cornée se ramollit. On injecte 20 centimètres cubes de sérum antidiph-térique.

La température est montée à $39^{\circ} 5$.

23 avril. — On détube la petite malade, la respiration est normale.

24 avril. — La cornée droite est perforée et a livré issue au cristallin et à l'humeur vitrée. On sent que la perforation de la cornée gauche est imminente.

Température 39° .

25 avril. — La perforation de l'œil gauche a eu lieu dans la nuit au moment d'un lavage. La température est à 39° , et l'état général semble s'améliorer.

Les jours suivants l'état général faiblit peu à peu et la petite malade meurt le 30 avril à 8 heures du matin. La température rectale une heure avant le décès était de $41^{\circ} 5$.

OBSERVATION VI

Dispensaire de la Maison Blanche (juillet 1895)

D^r Despagne.

B... garçon de trois ans. Il y a un mois, il a commencé

à éprouver les premiers symptômes de la rougeole ; celle-ci fut très grave et se termina par une broncho-pneumonie pour laquelle on appliqua un vésicatoire.

Il y a quatre jours on constata que la plaie du vésicatoire était couverte de fausses membranes qui se détachaient facilement, au-dessous d'elles le derme était saignant.

Etat général grave, débilité extrême, inappétence, fièvre.

12 juillet. — On constata sur l'œil droit quelques fausses membranes blanchâtres qui le matin se détergent facilement.

Le soir les fausses membranes sont devenues très épaisses tapissant les deux paupières supérieure et inférieure ; l'œil est tenu fermé, il s'écoule un liquide citrin qui irrite légèrement la peau.

13 juillet. — Les paupières de l'œil droit sont complètement fermées, il s'en écoule une sécrétion épaisse et jaunâtre. En écartant les deux paupières, on trouve un peu de résistance due à cette sécrétion et au moment où on les écarte une certaine quantité s'échappe et est projetée à quelques centimètres.

On constate que les muqueuses supérieure et inférieure sont couvertes de fausses membranes blanches absolument couleur porcelaine. En écartant complètement les paupières, on aperçoit la cornée qui est terne, grise, et dépolie.

Les deux paupières ne sont pas épaissies, elle sont assez souples et se laissent facilement retourner.

On frotte alors à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution phéniquée forte, la face interne des paupières et on arrive à détacher les fausses membranes qui n'y adhèrent que faiblement. Elles se détachent tout d'un bloc, gardant la forme de la muqueuse qu'elles tapissaient dans toute son étendue. On peut voir alors l'épaisseur de ces exsudats qui est d'environ un demi-millimètre.

La muqueuse, au-dessous, est très tuméfiée, rouge tomenteuse, saigne facilement.

L'autre œil est complètement sain ; la gorge ne présente pas trace de fausses membranes ; la respiration est normale.

Dans les fosses nasales on aperçoit quelques points blancs.

On institue alors un traitement ; lavages fréquents à l'eau phéniquée, application de pommade iodoformée, instillation de jus de citron d'heure en heure. Traitement tonique général.

14 juillet. — L'état général ne s'est pas modifié ; l'enfant est amaigri, ne peut manger, a de la fièvre, de l'insomnie. Débilité qui est le résultat de l'empoisonnement de l'organisme.

Les paupières sont toujours couvertes de fausses membranes ; la cornée devient de plus en plus infiltrée, plus blanchâtre.

Les exsudats existent toujours sur le vésicatoire. L'injection de sérum de Roux est décidée et on injecte 10 centimètres cubes dans le tissu cellulaire de la paroi antérieure de l'abdomen après les précautions antiseptiques.

18 juillet. — Les fausses membranes n'existent plus sur la conjonctive, la cornée est moins infiltrée, moins grise.

L'examen bactériologique fait au laboratoire de M. Martin par M. Ranglaret, décèle la présence du bacille de Lœffler en abondance.

20 juillet. — Cornée moins opaque ; les fausses membranes des conjonctives ont disparu. La muqueuse est toujours très hyperémiee, très saignante.

L'état général s'aggrave, une broncho-pneumonie se déclare.

22 juillet. — Il n'y a plus rien sur la région du vésicatoire. La cornée s'éclaircit de plus en plus ; les fausses membranes ne se sont pas reproduites. L'enfant commence à écarter les paupières.

28 juillet. — Cornée normale : plus de fausses membranes ; l'enfant ouvre les yeux.

30 juillet. — OEil normal ; les conjonctives sont cependant encore hyperémiées du côté atteint. Il y a un ptosis assez marqué du côté droit ; les autres mouvements sont normaux.

14 août. — Le ptosis à presque disparu.

OBSERVATION VII

Dispensaire de la Maison Blanche. Dr Despagne
(Avril 1895).

On amène un enfant âgé de trois ans qui, à la suite d'une rougeole à forme maligne, présente une affection oculaire. Le début s'est fait par une sécrétion abondante, puis les yeux se sont tuméfiés.

La sœur a eu la diphtérie et l'enfant pendant la maladie a été isolé dans l'appartement.

8 avril. — Quand il arrive à la clinique, on constate que les deux paupières sont très infiltrées, œdématisées, d'une consistance cartilagineuse. Entre les bords palpébraux, une sécrétion très abondante s'écoule, agglutinant les cils.

Lorsqu'on écarte les paupières elles se renversent tout d'une pièce et la conjonctive apparaît tapissée de fausses membranes blanches, épaisses, aussi abondantes à la paupière supérieure, les exsudats s'enlèvent facilement, et la muqueuse est saignante au-dessous. Les cornées sont normales. Pas de symptômes généraux, pas de fièvre, rien à la gorge. Pendant quatre jours, on fait d'heure en heure, des applications de vaseline iodoformée ; mais l'amélioration ne se faisant pas sentir on se décide à faire une injection de sérum antidiphtérique.

12 avril. — On injecte sept centimètres cubes.

Le lendemain il n'y avait pas eu de réaction. On constate une très légère ulcération de la cornée gauche.

Dès le surlendemain les fausses membranes commencent à être moins abondantes.

14 avril. — Les fausses membranes sont de plus en plus rares ; on ne les trouve qu'à la paupière supérieure.

15 avril. — Cornées normales, plus de fausses membranes, conjonctives toujours épaisses. On commence les cautérisations au nitrate d'argent qui activèrent la guérison.

20 août. — Conjonctives très légèrement hyperémiées.

Strabisme convergeant légèrement à gauche qui ne dure que quelques jours.

Examen des fausses membranes fait au laboratoire de M. Miquel : Bacille de Loeffler abondant associé au streptocoque.

OBSERVATION VIII (D^r Kalt).

Enfant Ch... âgé de dix mois, habitant Passy, a été élevé au biberon depuis l'âge de six mois. Depuis cette époque, il a été atteint plusieurs fois de diarrhée. Il y a un mois il fut atteint de rougeole suivie de broncho-pneumonie.

C'est pendant la convalescence de cette affection, en juillet 1895, que l'œil gauche présenta subitement du gonflement des paupières, de la rougeur et une sécrétion conjonctivale légère.

Appelé de suite je constatai du côté gauche seulement une infiltration gris jaunâtre de la conjonctive bulbaire et tarsienne formant chémosis au pourtour de la cornée. Cornée intacte.

Le traitement consista en injections conjonctivales au permanganate de potasse à 1/3000 deux fois par jour. Le lendemain l'infiltration était plus marquée par places, sur les tarses apparaissaient des fausses membranes grisâtres au-dessus desquelles la muqueuse saignait facilement.

Pas de diphthérie buccale ni pharyngienne.

Le troisième jour, l'infiltration de la conjonctive bulbaire s'est aggravée.

Une fausse membrane lardacée adhère intimement à toute

la surface de la muqueuse. La cornée présente un aspect trouble, l'iris se voit à peine.

L'examen bactériologique de la fausse membrane fait par M. Roux, décèle le bacille de Lœffler associé à des streptocoques.

Ce même jour on injecte 15 centimètres cubes de sérum et on se contente comme traitement local de simples lavages au permanganate faible.

Le lendemain la muqueuse paraît un peu moins exsangue, un peu plus souple. Nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

On injecte aussi 5 centimètres cubes de sérum de Marmoreck.

Le cinquième jour, nouvelle injection de 5 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique.

On constate aussi que la muqueuse est devenue turgescente, rosée, humide. Les fausses membranes se soulèvent par lambeaux mais sans se détacher.

La cornée reste trouble, l'épithélium seul est ulcéré. Dans les jours qui suivirent l'élimination des fausses membranes s'acheva, mais la muqueuse resta épaisse.

L'ulcération cornéenne persistait.

Pendant près de quatre mois l'aspect de la conjonctivite granuleuse resta sans modification aucune. L'enfant a été revu dix mois après le début de son ophtalmie. Il persiste un trouble cornéen à gauche presque généralisé avec vascularisation partielle et aspect velouté de la conjonctive.

OBSERVATION IX

(D^r Sourdille, in *Arch. d'opht.* 1894 p. 60.)

Henri V..., quatre ans. D'après le récit de la mère, il y a quinze jours ses yeux commencèrent à pleurer et à devenir rouges; trois jours après, la rougeole se déclare, l'ophtalmie disparaît alors. La rougeole se passe sans incidents

quand, au bout de neuf jours, les yeux recommencent à gonfler en même temps que la sécrétion reparaît; un médecin pratique alors des cautérisations au nitrate d'argent sur l'œil gauche, fait des scarifications et recommande le jus de citron. Mais l'état des yeux allant en s'aggravant avec rapidité, la mère nous amène l'enfant à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

17 juillet. — L'état des yeux est véritablement effrayant; des deux côtés les deux paupières sont tuméfiées, violacées, indurées, grosses comme un œuf, il faut faire un effort considérable pour les retourner; il existe une sécrétion séro-fibrineuse abondante.

Les conjonctives palpébrales ne forment plus qu'une couenne jaune sale, absolument exsangue et dont l'épaisseur dépasse plusieurs centimètres; au fond du cratère qu'elles forment, on aperçoit difficilement les bulbes oculaires. A gauche, on constate une large perforation de la cornée dans laquelle se trouve le cristallin luxé. A droite, la cornée n'est pas encore perforée, mais présente une large, profonde et menaçante ulcération.

L'état général est mauvais; perte de l'appétit, teint mat, fièvre 38°1.

Traitement à la glycérine phéniquée et au violet de méthyle.

18 juillet. — Etat stationnaire à gauche. A droite, la vaste ulcération constatée hier s'est convertie en une large perforation.

20 juillet, — L'état des yeux est toujours très grave, l'infiltration toujours profonde et les perforations s'agrandissent; l'état général devient de plus en plus mauvais: l'enfant ne veut plus manger, la fièvre persiste toujours.

25 juillet. — Les paupières ont diminué de volume. La conjonctive est moins infiltrée, bien qu'il soit encore impossible d'enlever la membrane.

28 juillet. — Amélioration notable du côté des yeux, persistance de l'infiltration et de l'état général.

30 juillet. — Amélioration de l'état général.

2 août. — L'amélioration des yeux et de l'état général s'accentue de plus en plus.

5 août. — Le malade retourne en province ; ses paupières ont beaucoup diminué de volume ; l'infiltration a presque complètement disparu.

L'enfant a été revu deux mois après son départ ; ses deux globes oculaires sont atrophiés, ce qui était prévu, étant donné les deux larges perforations cornéennes que nous avions constatées dès le début.

Examen bactériologique : Trois tubes de sérum et trois tubes de gélose ont étéensemencés avec les fausses membranes.

Tubes de sérum : Nombreuses et abondantes colonies de Loeffler, longs et gros enchevêtrés les uns dans les autres ; à côté staphylocoques et streptocoques.

Tubes de gélose : Cultures irrégulières, nombreuses, jaunes, formées de staphylocoques et de streptocoques. Le pus de l'ulcère de la cornée droite ne contenait que des chaînettes de streptocoques.

OBSERVATION X

(Dr Sourdille, in *Arch. opht.*, 1894, p. 61.)

V... Cécile, âgée de deux ans et demi, sœur du précédent malade, se présente le 17 juillet.

Début identique à celui de la précédente observation. L'état de l'enfant est cependant un peu moins grave. Paupières gonflées, infiltration profonde siégeant dans toute l'épaisseur de la muqueuse. Fausses membranes peu adhérentes. Pas de lésions cornéennes. Même traitement.

18 juillet. — L'état des yeux s'est aggravé des deux côtés.

20 juillet. — L'infiltration conjonctivale est stationnaire,

mais l'état des cornées s'aggrave, surtout à droite, où on constate une petite ulcération.

25 juillet. — L'amélioration s'accroît du côté de la conjonctive; l'ulcération de la cornée droite est stationnaire et mesure 4 millimètres de diamètre.

A gauche, l'infiltration cornéenne est plus jaune, plus épaisse, mais pas d'ulcération.

28 juillet. — L'état général se relève un peu.

30 juillet. — Amélioration notable. La conjonctive se déterge. Il n'existe plus qu'une fausse membrane difficile à enlever.

2 août. — Les fausses membranes sont plus minces, moins adhérentes. A droite, l'ulcération de la cornée diminue de largeur et de profondeur; l'infiltration de la cornée gauche se résorbe rapidement.

5 août. — Le malade retourne en province. Deux mois après, les deux conjonctives sont parfaitement guéries sans aucune cicatrice. La cornée gauche est transparente. A droite, il existe un tout petit leucome.

Examen bactériologique : Cet examen a été pratiqué dans les mêmes conditions que celui de l'observation précédente. Les résultats ont été absolument les mêmes.

OBSERVATION XI

(H. Coppez fils, in *Journal de Bruxelles*,
Annales, 1895, p. 411).

La nommée V... Marie, deux ans, est internée le 1^{er} janvier 1895 pour rougeole à l'hôpital Saint-Pierre. Dans le baraquement où elle était alitée, se trouvait précisément un enfant qui avait eu une rougeole compliquée de diphthérie consécutive.

7 janvier. — Œil droit : Paupières tuméfiées. Elles se laissent retourner avec peine. La face muqueuse de la paupière inférieure est recouverte en totalité par une vaste

fausse membrane. Le bord palpébral est ulcéré et sangui-
nolent. Nous détachons l'exsudat autant que faire se peut;
il reste une infiltration grise et la surface ne saigne pas
sous la scarification. La conjonctive palpébrale supérieure
offre une infiltration grise uniforme.

La cornée est infiltrée dans sa moitié inféro-interne.

A l'œil gauche, il n'y a pas d'exsudat superficiel déta-
chable. Les paupières sont dures, tuméfiées et toute la con-
jonctive est farcie profondément par un infiltrat grisâtre.

La cornée est trouble dans sa moitié inférieure. Instil-
lation de chlorhydrate de pilocarpine, irrigations de sublimé
à 1/2000.

Les jours suivants, l'état des yeux s'aggrave sensible-
ment.

11 janvier. — On constate les symptômes suivants :

Oeil droit : Paupières dures et gonflées. Une vaste ulcé-
ration occupe la partie externe de la paupière supérieure.
Cette ulcération est recouverte d'une membrane assez
épaisse qui, dans la partie la plus interne, se laisse détacher
avec l'ongle, montrant sous elle une infiltration grisâtre;
à la partie externe, au contraire, où l'ulcération est beau-
coup plus profonde, on ne parvient pas à détacher la fausse
membrane.

A la commissure palpébrale externe existe une ulcéra-
tion triangulaire, à bords déchiquetés, peu profonde, recou-
verte d'une exsudation fibrineuse qu'il est possible d'enle-
ver, mais on remarque alors une infiltration grisâtre inter-
stitielle.

A la paupière inférieure, le sillon qui sépare normalement
cette paupière de la joue est profondément ulcéré, avec
exsudation interstitielle diphtéritique; aucune partie de
l'exsudat ne peut être isolée.

Le bord même de la paupière est caché sous une croûte,
laquelle, enlevée, laisse voir la marge ulcérée et légèrement
infiltrée.

La conjonctive palpébrale est tout entière le siège d'un

exsudat qui la fait paraître blanchâtre, exsangue, avec quelques pointillés ecchymotiques.

L'infiltration cornéenne s'est étendue. Il existe un chémosis considérable.

OEil gauche : il n'y a pas d'ulcérations cornéennes.

La conjonctive de la paupière inférieure est tapissée superficiellement d'une fausse membrane, ne laissant après son isolement qu'un léger exsudat grisâtre.

La conjonctive supérieure est plus profondément atteinte mais l'état de l'œil gauche est en somme beaucoup plus satisfaisant que celui de l'autre œil. La cornée présente dans sa partie inférieure une bande opaque, de 1 millimètre de largeur environ.

L'état général est peu satisfaisant. Fièvre, anorexie. L'enfant a pleuré toute la nuit.

Traitement : jus de citron, quinquina et toniques. Injection de 10 centimètres cubes de sérum n° 3 de Behring.

12 janvier. — OEil droit : les paupières paraissent avoir meilleur aspect, la cornée est plus trouble que la veille.

OEil gauche : amélioration notable des paupières ; l'infiltration de la cornée a augmenté.

13 janvier. — Les conjonctives redeviennent rosées aux deux yeux, mais la cornée droite est perforée et la cornée gauche est beaucoup plus infiltrée encore que le jour précédent.

Traitement. — Crayon de pyoctanine pour les perforations et injection sous-conjunctivale de sublimé à gauche.

14 janvier. — Les fausses membranes se laissent détacher en grande partie aux deux yeux. L'état des cornées reste stationnaire.

15 janvier. — Les paupières sont presque normales ; les conjonctives sont rosées ; à peine de loin en loin relève-t-on encore un débris pseudo-membraneux.

La perforation de la cornée droite s'accroît ; le cristallin est luxé dans la chambre antérieure.

L'état général s'aggrave. Anorexie presque complète.

L'enfant tousse beaucoup.

16 janvier. — Plus trace d'infiltration diphtéritique.

Cornées. — *Statu quo*.

A partir de cette date, l'état général devient de plus en plus mauvais et l'enfant meurt le 23 janvier.

Examen bactériologique : 1° Fausses membranes. —

L'examen pratiqué à plusieurs reprises (examen direct en lamelles et cultures) donne chaque fois : bacilles de Loeffler et streptocoques en assez grand nombre ; staphylocoques blancs, en quantité moindre ;

2° *Pus de la cornée.* — Streptocoques purs très virulents.

OBSERVATION XII

(J. Gibert, de Genève, *Archiv. générales de méd.*,
sept. 1857, p. 257.)

L'enfant G. C..., âgé de trois ans, robuste, bien constitué, entre dans nos salles le 16 février 1856, avec une rougeole en pleine éruption, accompagnée de bronchite et de fièvre intense.

18 février. — La diarrhée se joint aux autres symptômes.

19 février. — M. Barthez attire notre attention sur l'état de l'œil droit dont les paupières sont tuméfiées, rouges et collées l'une contre l'autre ; en les ouvrant et les renversant, M. Barthez trouve une fausse membrane bien organisée, recouvrant la conjonctive des deux paupières et s'enlevant par plaques. La conjonctive oculaire est légèrement injectée. La cornée est saine.

Traitement. — Cautérisation avec le sulfate de cuivre ; injections répétées d'eau froide ; compresses d'eau fraîche sur les yeux.

20 février. — Nouvelles fausses membranes sur les deux paupières qui sont plus tuméfiées et plus roides qu'hier.

Écoulement peu abondant d'un liquide clair, sale, sans

analogie avec le pus. Cornée saine, conjonctive oculaire plus injectée qu'hier.

Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, en ayant soin d'enlever l'excès du caustique avec des lavages d'eau salée.

21, 22 et 23 février. — L'état local change peu ; les fausses membranes se reproduisent à mesure qu'on les enlève ; un chémosis pâle se forme et encadre la cornée, qui jusque-là reste saine.

Les forces de l'enfant sont très affaissées ; on le met à l'usage du quinquina. Le traitement local est le même.

24 février. — On est frappé de l'écoulement de pus, ce qui n'avait pas encore eu lieu ; la muqueuse, quoique toujours grisâtre, n'est pas recouverte d'une fausse membrane qu'on puisse enlever ; la cornée paraît saine.

Cautérisations, lavages, etc.

25 février. — La cornée est complètement opaque, d'un blanc laiteux, sans ulcération ; elle est encadrée d'un chémosis pâle ; la conjonctive palpébrale commence à sécréter un pus homogène ; les fausses membranes ont disparu.

A partir de ce jour, l'état général a été en s'aggravant ; la cornée s'est ramollie, s'est perforée et au moment de la mort, le 1^{er} mars, la fonte de l'œil s'accomplissait.

L'œil gauche n'a pas été atteint.

La rapidité avec laquelle la cornée est devenue opaque, la forme et l'aspect de l'opacité qui ressemblait tout à fait aux brûlures par la chaux, firent penser que le crayon de nitrate d'argent pouvait être accusé.

OBSERVATION XIII (du même auteur).

Dans la même salle où se trouvait l'enfant précédent, était couché un autre petit garçon, âgé de vingt-trois mois, et entré dans nos salles pour les suites d'une rougeole. Antérieurement à sa rougeole, il avait eu les yeux malades, et

avait reçu, dans le même hôpital, les soins de M. Mayslin, pour une ophtalmie de nature scrofuleuse.

24 février 1856. — L'éruption rubéolique a disparu. Il y a un peu de fièvre, un peu de toux et quelques râles disséminés dans les deux poumons. Les paupières sont légèrement tuméfiées. Conjonctivite palpébrale et oculaire simple; écoulement d'un peu de pus. Collyre au nitrate d'argent, injections d'eau froide répétées.

25 février. — Même état local; diarrhée.

26 février. — On est frappé de la plus grande tension, de la raideur de la paupière supérieure de l'œil droit; on a de la peine à la renverser, et l'on voit des points pseudo-membraneux évidents, non encore réunis en fausse membrane continue; quelques points pseudo-membraneux à gauche également, léger chémosis à droite, pas à gauche.

Écoulement abondant d'un liquide séro-purulent; collyre au nitrate d'argent, au tiers; injections d'eau froide; compresse d'eau froide.

Le soir du même jour, j'enlève de l'œil droit, avec une pince, une fausse membrane reproduisant la forme des paupières.

27 février. — Les deux yeux sont complètement envahis par la diphtérie; les paupières sont plus dures et rigides que la veille; chémosis pâle dans les deux yeux, plus prononcé à droite qu'à gauche; les cornées sont saines, légèrement grisâtres, parfaitement transparentes.

Le matin à 8 heures, à la visite, on se contente de faire des irrigations d'eau froide.

A midi, au moment où j'allais instiller quelques gouttes de collyre, je trouve la cornée droite complètement opaque et aussi blanche que dans l'observation précédente; à gauche, toute la moitié inférieure de la cornée est opaque, blanche, et forme ainsi une espèce de lamelle à convexité supérieure; la partie supérieure de la cornée est transparente et laisse voir l'iris.

Il n'y a pas d'ulcération cornéenne ni à droite ni à

gauche. Cautérisation au crayon de nitrate d'argent, injections d'eau salée pour neutraliser l'excès du caustique, lavages, compresses.

Etat général mauvais ; fièvre ; abattement des forces.

28 février. — Nouvelles fausses membranes ; la cornée gauche n'est pas plus envahie qu'hier.

Diarrhée très abondante.

Mort le 1^{er} mars avant la fonte de l'œil.

OBSERVATION XIV (D^r Sourdille, *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, mars 1895.)

8 mars 1894. — Enfant de quatre mois, athrepsique, ayant eu la rougeole trois semaines auparavant. Sur l'œil gauche, conjonctivite croupale en plaques disséminées sur la conjonctive de la paupière supérieure. Pas d'altérations cornéennes. Mort au bout de quatre jours par broncho-pneumonie.

Examen bactériologique. — Sur lamelles : bacilles très abondants dans les fausses membranes. Quelques cocci. Sur sérum : Au bout de vingt heures, très abondantes colonies en tête d'épingle, arrondies, grisâtres. Au microscope : bacilles assez grêles, les uns parallèles, les autres disposés en tout sens. Quelques chaînettes de streptocoques.

L'inoculation de ces bacilles à un cobaye le tue en quarante-huit heures.

OBSERVATION XV (D^r Sourdille).

13 mars 1894. — Enfant de dix-huit mois. Rougeole un mois avant l'ophtalmie. Conjonctivite croupale de l'œil, fausses membranes grisâtres, persistent pendant trois semaines, légère infiltration fibrineuse dans le tissu de la conjonctive. Guérison complète sans altération de la cornée.

Examen bactériologique. — Sur sérum : bacilles diphtériques, de dimensions moyennes, disposés parallèlement.

Sur agar : cultures excessivement abondantes de streptocoques : diplo-streptocoques et streptocoques ordinaires, à chaînettes très courtes.

De plus, en un point, culture large comme une lentille, de staphylocoques dorés.

Les bacilles inoculés à un lapin l'ont tué en deux jours.

OBSERVATION XVI (D^r Sourdille).

3 avril 1894. — Enfant de huit mois, sorti depuis huit jours de l'hôpital des Enfants-Malades où il a été soigné pour une rougeole. Double conjonctivite croupale très intense. Cornées saines.

Examen microbiologique. — Sur sérum : bacilles diphtériques très nombreux. Quelques staphylocoques très peu abondants. Nombreux bacilles.

OBSERVATION XVII

(H. Coppez, fils. *In Journal de Bruxelles, Annales*, 1895.)

Maria X..., âgée de trois ans, a eu la rougeole en novembre 1894. Elle fut soignée en province. Le médecin traitant nous l'adresse le 17 décembre. Les paupières de l'œil gauche se sont tuméfiées le 9 et le 11 le médecin reconnaissait un abcès de la cornée. L'état de l'œil est allé en s'aggravant jusqu'aujourd'hui.

Actuellement, la rougeole est guérie, mais l'enfant a souffert consécutivement d'une pneumonie; elle tousse encore, la convalescence est pénible.

L'œil droit ne présente qu'une blépharo-conjonctivite légère, comme cela se rencontre fréquemment dans les suites de la rougeole.

Œil gauche : Paupière supérieure gonflée. Base des cils encroûtée, bord palpébral ulcéré saignant au moindre con-

tact. La conjonctive palpébrale supérieure présente une teinte grisâtre ; elle ne saigne pas sous la scarification.

On ne peut rien détacher de cet exsudat qui est nettement interstitiel. La cornée est perforée à son centre. Il y a déjà un staphylome de la grosseur d'un petit pois. Tout le reste de la cornée est opacifié, sauf la partie tout à fait périphérique.

L'état général est mauvais. Anorexie. Pansement iodoformé.

20 novembre. — L'état général est meilleur.

21 novembre. — Sans aucun autre traitement local que des pulvérisations d'iodoforme répétées chaque matin, l'infiltration fibreuse a totalement disparu.

22 novembre. — Les paupières sont dégonflées. Il n'y a presque plus de sécrétion.

23 novembre. — Le staphylome est rompu.

Dès lors, la cicatrisation de la cornée s'est faite de façon régulière et l'œil a marché rapidement vers l'atrophie.

Examen bactériologique. — Bacille de Loeffler. Streptocoque et nombreux cocci.

OBSERVATION XVIII

(In thèse de Darracq, Bordeaux, 1896.)

F..., deux ans, présentait de la blépharite ciliaire depuis plusieurs mois. A eu la rougeole il y a deux semaines. Il y a six jours, la mère remarque que les paupières de l'œil droit sont collées le matin ; elle se bornait à les laver à l'eau tiède.

20 juin. — L'enfant est amené à la consultation du professeur Badal. On remarque à ce moment des fausses membranes adhérentes par place sur les conjonctives bulbaire et tarsienne. Deux abcès grisâtres sur la cornée.

Examen bactériologique. — Loeffler, staphylocoque doré.

Traitement. — Une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique de Roux.

Pommade au sublimé et badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent 1 pour 100.

La guérison a été obtenue en vingt jours, mais la cornée s'est perforée et il y a une hernie de l'iris.

L'œil gauche est toujours resté sain.

OBSERVATION XIX

(Lagrange, Bordeaux, *in* thèse de Darracq.)

S... Jeanne, vingt mois. A la suite d'une rougeole, l'œil gauche s'est tuméfié. L'enfant amené à la consultation du D^r Lagrange deux jours après le début de l'affection, on constate des fausses membranes sur la conjonctive tarsienne seulement. La cornée est opaque.

Examen bactériologique. — Bacille de Lœffler, diplocoques.

Traitement. — On injecte en une semaine 40 centimètres cubes de sérum de Roux, par 10 centimètres cubes à la fois.

Jus de citron. Iodoforme, collyre à l'ézérine.

La guérison s'obtient en quinze jours avec un leucome total de la cornée.

OBSERVATION XX

(*In* thèse de Darracq.)

H... Alphonse, quatre ans. A eu une angine diphtérique pendant la convalescence d'une rougeole. Amené à la consultation du professeur Badal, pour une extension du processus diphtérique à l'œil droit.

Les conjonctives bulbaires et tarsiennes sont recouvertes de fausses membranes qui se détachent assez facilement et laissent la conjonctive saignante. La cornée est totalement infiltrée.

Examen bactériologique. — Lœffler, streptocoque et staphylocoque.

Traitement. — Quatre injections de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Collyre au protargol. Iodoforme.

Deux mois après, l'enfant sort guéri avec une cornée complètement opacifiée. L'œil gauche est sain.

OBSERVATION XXI (H. Coppez, *in* thèse de Darracq).

E..., trois ans. Une semaine après le début d'une rougeole, ses paupières se sont très tuméfiées dans une nuit.

Les conjonctives bulbaires et tarsiennes des deux yeux sont couvertes de fausses membranes. Les cornées sont très infiltrées.

Examen bactériologique : Lœffler, streptocoque.

Traitement : Deux injections de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Mort le troisième jour.

OBSERVATION XXII (*in* thèse Coutance, Paris, 1887).

Emile C..., deux ans. Rougeole grave il y a cinq semaines, enfant chétif. Pendant la convalescence a mal aux yeux. Il a un ulcère des paupières recouvert de fausses membranes. Les conjonctives sont grises, dures, lardacées.

Les cornées opaques, ramollies, perforées et les deux globes oculaires réduits à l'état de moignon.

L'enfant meurt de broncho-pneumonie.

CHAPITRE II

Le catarrhe conjonctival et parfois même la kérato-conjonctivite phlycténulaire qui accompagnent la rougeole semblent bien être une cause favorisante de la localisation de la diphtérie sur la conjonctive.

A. Sanné croyait que la propagation de la conjonctivite diphtérique se faisait de muqueuse à muqueuse par l'intermédiaire du canal nasal, et que cette affection était toujours précédée d'angine et de coryza diphtérique. C'est une étiologie possible et que l'on peut admettre dans deux de nos observations (obs. V et XX), mais nous croyons qu'après la rougeole, la localisation de la diphtérie sur la conjonctive est le plus souvent primitive, et nous attribuons cette prédilection du bacille de Lœffler pour cette muqueuse à son atteinte première par l'infection morbilleuse.

L'examen des XXII observations précédentes nous montre que la conjonctivite diphtérique après la rougeole est une affection qui se rencontre à peu près exclusivement dans les quatre premières années de la vie.

Il faut bien admettre aussi et conserver la division de Sourdille en forme « croupale » ou superficielle et forme interstitielle ou profonde. L'aspect des paupières et des conjonctives n'est pas le même dans les obser-

vations inédites de M. le professeur Weill que dans les observations VI et XIV de Despagne et Sourdille.

Toutefois, ce qui caractérise la conjonctivite diphtérique après la rougeole, c'est le passage fréquent de la forme croupale qui peut laisser espérer la guérison à la forme diphtérique ou profonde, dans laquelle aucun traitement ne semble être vraiment efficace et où la vie et la vision du sujet sont fortement compromises.

Lagrange, dans son *Précis d'ophtalmologie*, nous dit que la conjonctivite croupale est surtout fréquente à la suite des pyraxies exanthématiques, et son pronostic est tellement bénin qu'il juge inutile dans ces cas d'avoir recours au sérum antidiphtérique. Un traitement purement local est suffisant pour amener la guérison. D'après notre statistique, la forme superficielle de la diphtérie conjonctivale après la rougeole nous semble être l'exception, on ne la trouve que dans un quart des cas.

Nous croyons que la conjonctivite diphtérique évoluant après la rougeole est une affection générale et locale grave, puisque sur XXII observations il y a 10 décès, 5 fois perte totale de l'œil et 2 guérisons avec troubles oculaires.

La sérothérapie antidiphtérique, qui a amélioré le pronostic des conjonctivites diphtériques interstitielles primitives, rend-elle des services quand cette affection est consécutive à la rougeole ?

Dans les cinq observations lyonnaises inédites où cette médication a été employée souvent de bonne heure et à des doses variant entre 40 et 60 centimètres cubes en injections sous-cutanées et en instillations

locales, nous relevons quatre décès et, dans le cas où un seul œil a été atteint, on fut obligé d'avoir recours à l'énucléation, après deux semaines de traitement.

Dans cette observation (obs. II) le bacille de Lœffler a toujours été trouvé seul, et l'œil n'en a pas moins été irrémédiablement perdu.

Si nous prenons la statistique générale de nos cas traités par le sérum antidiphthérique, nous trouvons sur douze observations :

Décès	6
Perte totale de l'œil	3
Hernie de l'iris.	1
Guérison sans troubles	2

Ce qui nous donne :

50 pour 100 de décès.
25 pour 100 de pertes totales de l'œil.
18 pour 100 de troubles de la vue.
16 pour 100 de guérisons.

Comment se comportait cette affection, alors que le sérum antidiphthérique était inconnu et qu'on se bornait à des soins locaux et à des toniques généraux ?

Sur dix observations, où le sérum antidiphthérique n'a pas été employé, nous relevons :

Décès.	4
Perte totale de l'œil.	2
Guérison avec leucome	1
Guérison sans troubles	3

Ce qui fait :

40 pour 100 de décès.
20 pour 100 de pertes totales de l'œil.
10 pour 100 de guérisons avec troubles oculaires.

30 pour 100 de guérisons sans troubles.

La comparaison de ces deux statistiques nous montre bien que la sérothérapie, en fait de diphtérie oculaire après la rougeole, n'a fait ni diminuer le nombre des décès, ni le nombre des troubles graves de la vue. Nous avons donc le droit de considérer cette médication comme une faible ressource thérapeutique dans ces cas.

Lagrange, à propos des formes de conjonctivite interstitielle, qu'il redoute à cause de la production toujours possible de troubles cornéens, nous dit : « Aussitôt le diagnostic confirmé, il faut se mettre en devoir de recourir à la sérothérapie à laquelle nous devons d'excellents résultats. Deux, trois, quatre injections seront pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle, dans les flancs du malade, ainsi qu'on le fait pour la diphtérie pharyngée ou laryngée. Sous l'influence de cette médication, on voit l'exsudat interstitiel se liquéfier, la conjonctive devenir molle et la période d'infiltration faire place beaucoup plus vite à la période de suppuration. Cette dernière sera d'ailleurs bien plus courte que si l'affection évolue normalement. »

L'examen de nos observations montre bien qu'après la rougeole les choses ne se passent pas souvent comme le décrit Lagrange, et les observations des cas où la mort et les troubles oculaires graves ont été évités ne se rapportent-elles pas à des conjonctivites croupales, connues depuis longtemps cliniquement et que nous avons vu guérir aussi sans le secours du sérum antidiphtérique ?

Dans les deux observations du Dr Despagnet (VI et VII), la guérison a été obtenue avec une injection de 7 centimètres cubes de sérum antidiphtérique dans le premier cas, et de dix dans le second. Les cinq malades des services de MM. Weill et Collet ont tous reçu de 40 à 60 centimètres cubes de sérum, et la mort n'a pu être évitée que dans un cas.

Nous attribuons ces insuccès à l'intoxication profonde de l'organisme par la rougeole, qui le met dans l'impossibilité de réagir sous l'influence du sérum antidiphtérique.

Après la rougeole la conjonctivite diphtérique reste, malgré tous les traitements employés, une maladie sérieuse, dont la gravité avait été un peu oubliée ces dix dernières années sous l'influence des beaux résultats obtenus par le sérum dans les cas de conjonctivite diphtérique primitive, et nous avons cru faire œuvre utile en rappelant l'attention sur cette maladie.

CONCLUSIONS

I. La conjonctivite diphtérique évoluant chez un enfant après la rougeole est une affection grave. La mort survient dans 40 pour 100 des cas. Il y a perte totale de l'œil ou des yeux atteints dans 25 pour 100 des cas ; 10 pour 100 guérissent avec des troubles de la vue ; la guérison avec « restitutio ad integrum » des organes atteints ne s'observe que dans un quart des cas seulement.

II. L'emploi du sérum antidiphtérique en injections sous-cutanées et en instillations locales n'a pas amélioré, d'après notre statistique, le pronostic de ces diphtéries oculaires secondaires à la rougeole.

III. La diphtérie conjonctivale après la rougeole peut être une affection grave même lorsque le bacille de Lœffler est le seul agent pathogène que l'on trouve dans les cultures de fausses membranes oculaires.

Même dans ces cas, le traitement par les injections de sérum antidiphtérique ne nous a pas donné de résultats satisfaisants.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
WEILL.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESSUR,
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 mai 1907.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDER, De la conjonctivite diphtérique et croupale. Wiener medical, 1878.
- AUBINEAU, Thèse Paris, 1895.
- BARBIER (H.), Complications de la rougeole, 1894.
- BOUISSON, Ophtalmie pseudo-membraneuse (Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, t. XII, p. 424, avril 1846).
- Annales d'oculistique, t. XVII, pp. 46 et 100, 1847.
 - Remarques sur l'ophtalmie pseudo-membraneuse (Montpellier médical, t. III, p. 389, nov. 1859).
- BELLIARD et CHEVALLEREAU, Société ophtalmologique, séance du 10 octobre 1893.
- CHASSAIGNAC, Sur l'ophtalmie diphtérique. Annales d'oculistique, 1847.
- COPPEZ (H.), In Journal med. chirurg. pharmacol. de Bruxelles, 1894, pp. 665 et 745.
- COUTANCES, Conjonctivite diphtérique. Thèse de Paris, 1887.
- DARRACQ, Remarque sur certaines formes de conjonctivite pseudo-membraneuse, d'origine microbienne. Thèse de Bordeaux, 1897-1898.
- DUGAST, Mécanisme des complications cornéennes dans la conjonctivite diphtérique et leur traitement par la sérothérapie. Thèse de Paris, 1904-1905.
- DUPLAY et FOLLIN, Traité élémentaire de path. ext., t. IV, p. 281. Edition de 1875.
- GIBERT (J.), De l'ophtalmie diphtérique (Archives générales de médecine, 5^e série, t. X, p. 257, sept. 1857).
- GIRALDÈS, Diphtérie conjonctivale (Mouvement médical, 1866, p. 442).

- GROEFE (DE), Archiv. für ophtalmologie, 1853-1854, p. 168.
GUILBERT (A.), Archives d'ophtalmologie, octobre 1893, p. 617.
GAYET, Presse médicale, mai 1895.
HUTCHISON, Sur l'ophtalmie diphtérique (Annales d'oculistique, 1860).
KOSSEL, Journal de Bruxelles, 1895.
LABOULBÈNE (A.), Affections pseudo-membraneuses, p. 77.
LAGRANGE, Précis d'ophtalmologie. Collection Testut. 2^e édition, 1904, p. 256.
LOR, Journal de la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles, 1894, p. 533.
MAGNE (A.), Du croup des paupières (comptes rendus de l'Académie des sciences, t. XLVI, p. 1260, juin 1858), et Union médicale, t. XII, p. 398, 1858.
MORAX, Société d'ophtalmologie de Paris, janvier 1895.
MARTIN (H.), Diphtérie de la conjonctive. Thèse Paris, 1862.
MARTIN (L.) et SEVESTRE, in Traité des maladies de l'enfance de Grancher, t. I, p. 596.
NIMIER, De la sérothérapie dans les conjonctivites pseudo-membraneuses. Thèse de Paris, 1895-1896, n° 394.
PETER, Recherches sur la diphtérie, 1859.
RAYNAUD, Diphtérie oculaire. Thèse de Paris, 1866.
SANNÉ (A.), Traité de la diphtérie, 1877, p. 248.
SOURDILLE, Formes cliniques de la diphtérie conjonctivale, in Revue des maladies de l'enfance, 1895, p. 68.
TROUSSEAU, Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 465.
UNTHOFF (H.) et FROEDEL, Berlin Clin. Woch., n° 81, p. 251, mars 1893.
WECKER, Croup des paupières. Thèse de Paris, 1861.
WENEMANN, Diphtérie de la conjonctive. Archives d'ophtal., 1888, p. 346.

